

ใบคำขอเอาประกันภัย		
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชิ้อปลอดภัยพิเศษ" (ทุนคงที่)		
1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้) ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว ชื่อ - สกุล ผู้กู้ พร้อมกรอกข้อมูลส่วนตัวตามแบบฟอร์มให้ถูกต้องและครบถ้วน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า วัน/เดือน/ปีเกิด น้ำหนัก/ส่วนสูง /..... เชื้อชาติ / สัญชาติ /..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อาชีพ ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์		
2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ : ลำดับที่ 1 : สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด (ตามภาระผูกพัน) ลำดับที่ 2 : เว้นว่างไว้	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้ ลำดับที่ 2 : เว้นว่างไว้	
3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : ตามวงเงินกู้ของสมาชิก ... บาท	ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : เว้นว่างไว้ ปี	
4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เว้นว่างไว้ เวลา เว้นว่างไว้ น. สิ้นสุดวันที่ 31 ธันวาคม 2568 เวลา 24.00 น.		
5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่		
6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรคใดๆ หรือการบาดเจ็บใดๆ ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่		
7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่		
8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่		
9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย		
วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย เว้นว่างไว้ ลงชื่อผู้ ขอเอาประกันภัย ลายเซ็นผู้กู้ ชื่อ - สกุล ผู้กู้ (มีคำนำหน้า)		
<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย	<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้	<input type="checkbox"/> ใบอนุญาตเลขที่
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตนเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้		